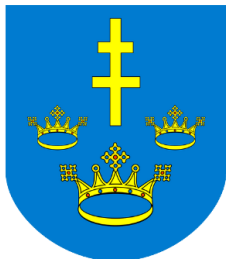


Załącznik nr 2 Zaświadczenie lekarskie do Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2025 finansowanego ze środków Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych



Powiat Starachowicki



**Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej**

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRYZNANIE USŁUGI
OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ***

.....
Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyznanie opieki wytchnieniowej

PESEL:

Adre zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasabniczej

.....
.....
.....
.....

2. przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego

.....
.....
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....
.....
.....

4. Używane przedmioty ortopedyczne

.....
.....

5. W/w Pan(i) wymaga pomocy w zakresie (właściwe zaznaczyć):

- przyjmowanie pokarmów
- wykonywanie czynności w zakresie higieny osobistej
- poruszania się w środowisku
- prowadzenia gospodarstwa domowego (przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprzątanie, pranie itp.)

6. W/w Pan(i) aktualnie zażywa następujące leki (określony sposób dawkowania):

L.P.	Nazwa leku	Sposób dawkowania
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

7. Zalecana dieta:

8. Nazwa, adres i numer telefonu do przychodni POZ, która sprawuje opiekę medyczną nad osobą z niepełnosprawnościami:

.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)